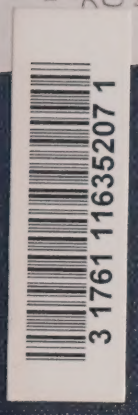


R-VA-1-80-DP
R-AAC-1-80-DT

June 30, 1980
Le 30 Juin 1980

Discussion Paper No. 1
Document de travail

The Aging Veteran and DVA
Le Ministère des Affaires des anciens combattants et l'ancien combattant qui vieillit

Minister of Veterans Affairs
Ministre des Affaires des anciens combattants

R-VA-1-80-DP
R-AAC-1-80-DT

June 30, 1980
Le 30 Juin 1980

Discussion Paper No. 1
Document de travail

The Aging Veteran and DVA
Le Ministère des Affaires des anciens combattants et l'ancien combattant qui vieillit

Minister of Veterans Affairs
Ministre des Affaires des anciens combattants

Le Ministère des Affaires des

anciens combattants et

l'ancien combattant qui vieillit

Dans ce document

- "pensionné" désigne un ex-membre des forces armées en temps de guerre ou un civil qui souffre d'une invalidité statuée selon la Commission canadienne des pensions comme une invalidité ouvrant droit à pension;

- "bénéficiaire" désigne un ancien combattant qui reçoit une allocation, conformément à la Loi sur les allocations aux anciens combattants, ou un civil qui reçoit une allocation conformément à la partie XI de la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils;

- "quasi-bénéficiaire" désigne un ancien combattant ou un civil qui serait admissible à une allocation aux anciens combattants ou à une allocation de guerre pour les civils si ce n'était des prestations qu'il reçoit en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse;

- "service personnels, de surveillance et infirmiers" services fournis pour répondre aux besoins des malades, dont les caractéristiques et les besoins apparaissent aux annexes A et B;

- "admissible selon les états de service" désigne un ancien combattant qui est admissible à une pension ou à une allocation aux anciens combattants, en raison de ses états de service;

- "civil" signifie une personne désignée dans la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils comme matelot marchand canadien ou pêcheur canadien en eau salée; auxiliaire des Services auxiliaires, membre du personnel central d'outre-mer, ou surveillant; membre du Corps des pompiers (civils) canadiens affectés au service du Royaume-Unit; engagé de la défense passive; membre du détachement des auxiliaires volontaires; préposé d'assistance social outre-mer; ou membre civil d'équipage naviguant.

In this paper

- "pensioner" means an ex-member of the armed forces in wartime or a civilian who has a disability ruled by the Canadian Pension Commission to be a pensionable disability under the Pension Act or the Civilian War Pensions and Allowances Act;

- "recipient" means a veteran receiving an allowance under the War Veterans Allowance Act and a civilian receiving an allowance under Part XI of the Civilian Pensions and Allowance Act;

- "near-recipient" means a veteran or civilian who would qualify for a War Veterans Allowance or a Civilian War Allowance were it not for payments under the Old Age Security Act;

- "personal/supervisory and nursing services" means services provided to meet the service needs of patients with characteristics and needs listed at Annexes "A" and "B";

- "service-eligible" means a veteran who has pension or service eligibility for a War Veterans Allowance;

- "civilian" means a person referred to in the Civilian War Pensions and Allowances Act as a Canadian Merchant Seaman or Salt-water Fisherman; Auxiliary Services Helper, member of Overseas Headquarters Staff or Supervisor; member of the Corps of (Civilian) Canadian Fire Fighters for Service in the United Kingdom; Air Raid Precautions Worker; member of the Voluntary Aid Detachment; Overseas Welfare Worker; or civilian member of Overseas Air Crew.

OBJECTIFS

1. Le présent document propose la modification de la réglementation et le remaniement des mesures administratives en vue de limiter, plus efficacement et moyennant un coût moins élevé par cas, les inconvénients de plus en plus grands qu'occasionne le vieillissement parmi la population des anciens combattants au Canada. Les changements proposés permettront de mieux répondre aux besoins de chaque ancien combattant tout en réduisant les coûts des services, d'écarter les risques d'une participation fédérale accrue à l'exploitation des établissements de soins, et de faciliter l'application des nouveaux programmes provinciaux de soins prolongés. Le document ne traite pas des services hospitaliers relatifs aux maladies chroniques ou en période aiguë et aux besoins de réadaptation fonctionnelle des malades hospitalisées.

PROBLEMES

2. Au Canada, le nombre d'anciens combattants âgés de plus de 65 ans s'accroît rapidement. A mesure qu'ils vieillissent, ils deviennent de plus en plus vulnérables aux maladies et ils se remettent de plus en plus lentement. Ce processus irréversible est accompagné d'une perte d'autonomie qui augmente avec l'âge. A mesure que les anciens combattants vieilliront en plus grand nombre, la formule et le niveau actuels des ressources du MAAC suffiront de moins en moins à faire face au volume croissant des besoins. Les services provinciaux, auxquels sont admissibles les anciens combattants en tant que résidants provinciaux, ont une portée et un accès différents selon les provinces et au sein de chacune d'elles. De plus, étant donné qu'ils sont conçus en fonction du profil de vieillissement de la population en général, lequel diffère grandement de celui des anciens combattants, les programmes provinciaux n'englobent pas encore l'éventail des éléments essentiels nécessaires pour atteindre vraiment les objectifs proposés.

3. De plus, les programmes qui ne tiennent compte que d'une façon limitée, sinon nulle, des capacités et des incapacités combinées d'un couple âgé, causent une détérioration indue de l'appui mutuel qui s'est installé entre les deux conjoints.

RESUME DES PROPOSITIONS

4. Modifier le règlement sur le traitement des anciens combattants (C.P. 1962-1401, modifié) pour:

   a) autoriser le versement de contributions financières aux pensionnés, aux bénéficiaires, aux quasi-bénéficiaires et à ceux qui sont admissibles en raison de leur état de service, afin de les aider à payer le coût:

      - des services de soins personnels/de surveillance et de soins infirmiers qui leur sont fournis dans les établissements publics et privés d'hébergement de leur collectivité, conformément aux limites qui figurent à l'alinéa 4 c);

      - des services professionnels et de santé à leur domicile;

OBJECTIVE

1. This paper proposes regulatory amendment and adjustment of administrative measures to contain the increasing adverse effects of aging in Canada's veteran population more effectively and at reduced case cost. The proposed changes will ensure an improved and less costly response to the needs of individual veterans, offset risks of increased federal involvement in the operation of health care facilities, and facilitate use of emerging provincial extended health care programs. The paper does not deal with hospital services applied to acute and chronic illness nor to physical rehabilitation needs on an in-patient basis.

PROBLEM

2. The number of Canada's war veterans over 65 years of age is encreasing rapidly. As they grow older their vulnerability to disease increases and their recuperative powers slow down. Loss of self-sufficiency accompanies this irreversible process. The loss increases with increasing age. As veterans reach older ages in larger numbers, the present form and level of DVA resources will become increasingly unresponsive to the growing volume of need. Provincial services, for which veterans have eligibility as provincial residents, vary in scope and accessibility among and within provinces. In addition, being geared to the aging pattern of the general population, which differs greatly from the veteran pattern, provincial programs do not yet comprise the diversified range of elements essential to effectively achieve the objectives of the proposal.

3. Moreover, programs which do not take account of, or are limited in their response to, the combined incapacities and capacities of an elderly couple, cause avoidable harm and hardship to both of the marital partners in their mutually supportive relationship.

SUMMARY OF PROPOSAL

4. Amend Veterans Treatment Regulations (P.C. 1962-1401 as amended) to:

(a) authorize financial contributions to pensioners, recipients, near-recipients and service eligibles, to help them meet the costs of:

- o personal/supervisory and nursing care services provided to them in live-in proprietary and public institutions in their home community, subject to the limitations described in paragraph 4(c);
- o professional and other health-related services in their own homes;
- o functional aids, home modifications, transportation, and attendance at out-patient health facilities required to maintain or restore their capacity for self-sufficiency in live-in institutions or in their own home.

.../6

- o d'appareils spéciaux, de modifications dans la maison de transport et de visites aux cliniques externes afin de maintenir ou de restaurer leur capacité d'autonomie dans des établissements d'hébergement ou dans leur propre domicile.

b) définir les niveaux des contributions, notamment:

- o pour les pensionnés souffrant d'une invalidité - la mesure dans laquelle les frais subis en raison de l'invalidité leur ouvrant droit à pension ne sont pas prévus par un programme provincial de soins prolongés;

- o pour les bénéficiaires - la mesure dans laquelle les frais ne sont pas prévus par un programme provincial de soins prolongés sous réserve des restrictions qui figurent à l'alinéa 4 c);

- o pour les quasi-bénéficiaires et ceux qui sont admissibles en raison de leur état de service - la mesure dans laquelle les frais, non prévus par un programme provincial de soins prolongés, réduisent le revenu dont dispose l'ancien combattant ou la personne pour les frais de subsistance courants au-dessous du seuil de revenu défini par la Loi sur les allocations aux anciens combattants, sous réserve des restrictions qui figurent à l'alinéa 4 c).

c) diminuer les contributions à ces frais de $170 par mois pour les soins institutionnels le premier jour du septième mois qui suit le début des paiements, dans le cas d'un ancien combattant ou d'une personne bénéficiaire, autre qu'un pensionné, qui n'a pas de conjoint ou d'enfants à sa charge, à moins qu'une telle diminution ne nuise à sa réadaptation lors de son congé.

d) assurer une situation financière équitable, en ce qui concerne les frais de subsistance courants, entre ceux qui reçoivent des contributions et ceux qui reçoivent des "soins en hébergement" dans des établissements du Ministère ou des établissements cédés, après l'adoption des modifications.

e) faire en sorte qu'au moment de l'adoption des modifications, aucun bénéficiaire de "soins en hébergement" ne soit financièrement désavantagé par ces modifications.

5. Etablir des mesures administratives et de fonctionnement afin de:

- o déterminer quels clients sont "exposés au risque" et constater leurs besoins; utiliser et coordonner les ressources communautaires en fonction de chaque client;

- o participer à l'élaboration de programmes au sein de la collectivité;

- o encourager une bonne santé physique et mentale;

- o prévenir les incapacités physiques et mentales;

(b) define levels of contributions as:

- o for disability pensioners - the extent that the cost incurred because of their pensionable disabilities is not payable by a provincial extended health care program;
- o for recipients - the extent that the cost is not payable by a provincial extended health care program subject to limitations in paragraph 4(c);
- o for near-recipients and service eligibles - the extent that the cost, not payable by a provincial extended health care program, reduces the income of the veteran or person available for ordinary living expenses below the income ceiling defined by the War Veterans Allowance Act, subject to the limitations of paragraph 4(c).

(c) reduce contributions to costs of live-in institutional care by up to $170 per month on the first day of the seventh month following commencement of payment, in the case of a person, other than a pensioner, who is without spouse or child for whose maintenance the veteran or person is responsible, unless such reduction would prejudice rehabilitation on discharge.

(d) ensure equity in financial outcomes related to ordinary living expenses between those receiving contributions with respect to community facilities and those admitted to "domiciliary care" in departmental and transferred institutions following the enactment of amendments.

(e) provide that no recipient of "domiciliary care" at the time of enactment of amendments shall be financially disadvantaged by them.

5. Establish administrative and operational measures to:

- o identify potential "at risk" clients and ascertain their needs;
- o tap into and co-ordinate community resources on an individual client basis;
- o promote physical/mental health;
- o prevent physical/mental incapacity;
- o promote economic self-sufficiency;
- o disseminate program information and promote public understanding.

6. Establish administrative and case controls in quality of care and cost areas, including:

- o registry of individuals at high risk of incapacitation;

.../8

- o encourager l'autonomie économique;
- o diffuser les renseignements relatifs au programme et encourager la sensibilisation du grand public.

6. Exercer une surveillance sur l'administration et les cas aux chapitres de la qualité des soins et du coût, y compris:
   - o un répertoire des cas qui présentent des risques graves d'incapacité;
   - o l'évaluation et la surveillance de programme;
   - o les critères particuliers en vue d'évaluer les besoins relatifs à des questions où il est possible de verser des contributions et la consistance dans la mise en application des critères;
   - o l'évaluation multi-disciplinaire;
   - o la planification des cas;
   - o la réévaluation régulière des cas;
   - o la vérification et la surveillance des cas;
   - o la révision indépendante des plans de cas.

   (Les méthodes de fonctionnement prévues aux paragraphes 8 et 9 figurent à l'annexe C)

7. Tenir des consultations avec les provinces et les hôpitaux contractuels du ministère des Affaires des anciens combattants afin:
   - o d'obtenir leur assentiment aux propositions;
   - o de redistribuer une partie des lits prioritaires du MAAC des hôpitaux cédés à d'autres établissements, selon la demande;
   - o revoir et, au besoin, modifier les arrangements administratifs et opérationnels en vue de l'accès de personnes autres que des anciens combattants à des lits "d'hébergement" dans les hôpitaux contractuels, conformément aux accords de cession d'hôpitaux afin de contrebalancer la réduction possible de l'utilisation des lits du MAAC.

8. Evaluer, à la suite de la mise en application des propositions précitées, les conséquences, pour le programme, du problème exposé au troisième paragraphe, en particulier les mesures nécessaires pour maintenir l'autonomie d'une personne dont le conjoint, ancien combattant, a besoin de soins prolongés en établissement, ainsi que les coûts et le nombre de cas probables en raison d'une absorption des coûts des services à domicile aux conjoints des anciens combattants admissibles au moyen des programmes de soutien et de supplément du revenu (AAC et Fonds de secours). Le Fonds de secours reconnait déjà ces coûts dans une certaine mesure.

CONSIDERATIONS

SOLUTIONS POSSIBLES

9. Les solutions exposées ci-dessous englobent, respectivement, la proposition qui est résumée aux paragraphes 4 à 8 et deux autres

- o specific criteria to assess needs related to items for which contributions may be made and consistency in criteria application;
- o multi-disciplinary assessment;
- o case planning;
- o periodic case re-assessment;
- o case monitoring and evaluation;
- o independent review of case plans.

(Operational processes contemplated by paragraphs 5 and 6 are outlined in Annex "C")

7. Consult with provinces and DVA contract hospitals:

   - o to secure concurrence with proposals;
   - o to re-allocate a portion of DVA priority access beds in transferred hospitals to other institutions as required by emerging caseloads;
   - o to review and, where necessary, modify administrative and operational arrangements for non-veteran access to "domiciliary" beds in contract hospitals in accordance with hospital transfer agreements, to offset prospective rundown of DVA bed use.

8. Assess, after implementation of the foregoing proposals, program implications of the problem identified in paragraph 3; specifically, measures necessary to maintain the self-sufficiency of a spouse whose veteran marital partner requires extended in-patient care, and the prospective costs and caseloads resulting from relief of costs of home-delivered services to spouses of eligible veterans through DVA income maintenance and supplementation programs which already recognize these costs to a limited degree.

ALTERNATIVES

9. The alternatives, discussed below, represent, respectively, the proposal summarized in paragraphs 4 to 8, and two options which differ solely in regard to the target population affected and the schedule for introducing contributions:

   i. Offer the full range of contributions to eligible persons of all ages. Identify a series of high risk target groups within the eligible population, in order to ascertain their needs.

      This alternative is costed on the basis of the program commencing April 1, 1980 with two exceptions: payment of contributions with respect to personal/supervisory and nursing care services in live-in institutions, would commence September 1, 1980, and contributions related to successive target groups whose needs are to be ascertained, would commence October 1, beginning in 1980.

.../10

possibilités qui diffères uniquement au point de vue de la population visée et des dates de mise en oeuvre du programme de contributions.

(i) Offrir la gamme complète des contributions aux personnes admissibles de tout âge. Relever plusieurs groupes de personnes à risques élevés au sein de la population admissible afin de constater leurs besoins.

Le coût de cette solution est établi en fonction du programme qui commencerait le 1er avril 1980, sauf: le versement de contributions à l'égard des services de soins personnels/de surveillance et de soins infirmiers dispensés dans les établissements d'hébergement, qui commencerait le 1er septembre 1980, et le paiement des contributions aux différents groupes visés dont les besoins doivent être constatés, qui commencerait le 1er octobre 1980.

(ii) Offrir la gamme complète des contributions aux personnes admissibles de 80 ans ou plus, relever seulement un groupe de personnes à risques élevés aux fins de constatations des besoins, et prévoir une condition réglementaire d'inclusion d'autres groupes conformément aux instructions du Ministre.

Le coût de cette solution est établi en fonction du programme qui commencerait le 1er avril 1981, sauf le processus de constatation des besoins qui, lui, commencerait le 1er octobre 1981.

(iii) Offrir aux pensionnés la gamme complète des contributions, autres que les contributions versées pour payer le coût des accessoires spéciaux et des déplacements, aux niveaux stipulés dans l'alinéa 4 b), à compter du 1er avril 1981, et spécifier un groupe à risques élevés approprié, en vue du processus de constatation des besoins, qui commencera le 1er octobre 1981.

10. Le Règlement sur le traitement des anciens combattants (article 28) autorise le MAAC à fournir, des soins personnels/de surveillance et des soins de nursing en établissement aux pensionnés, aux bénéficiaires, aux quasi-bénéficiaires et aux anciens combattants qui ont servi sur un théâtre réel de guerre. Les coûts quotidiens par malade qui incombent au Ministère sont en moyenne de $10 plus élevés que ceux des établissements communautaires, et ils ne présentent aucune différence notoire quant au niveau des services dispensés. Les prévisions pour 1979-1980 totalisent $27,6 millions. Les frais exigés des clients, jusqu'à concurrence de $120 par mois, sont perçus en fonction de leur revenu et de leur actif, et totalisent $2,5 millions par année versés au Fonds du revenu consolidé. Quinze agents médicaux de district décident de l'admission aux soins. Cela donne lieu à des variantes dans les normes d'admission entre les districts.

11. Bien que le règlement sur le traitement des anciens combattants (article 3) autorise la prestation de soins personnels/de surveillance et de nursing dans un hôpital ministériel ou "ailleurs", il est de pratique courante depuis longtemps de se limiter aux établissements ministériels ou cédés. Or, les anciens combattants admissibles peuvent obtenir des soins médicaux et dentaires, des soins institutionnels d'autres niveaux, des médicaments et des appareils orthopédiques chez les fournisseurs de leur choix à leur domicile ou dans les localités avoisinantes. Cette divergence de pratique constitue une irrégularité de plus en plus indéfendable dans un système de soins en voie de développement qui reconnaît la nécessité d'un meilleur équilibre entre les divers modes de prestation de services de santé.

ii. Offer the full range of contributions to eligible persons 80 years of age and older, identify only one high risk group for purposes of ascertainment, with a regulatory proviso to include other groups as prescribed by the Minister.

This alternative is costed on the basis of the program which commences April 1, 1981 with the exception of ascertainment which would commence October 1, 1981.

iii. Offer the full range of contributions, other than contributions to meet the costs of functional aids and transportation, to pensioners, to levels specified in paragraph 4(b), commencing April 1, 1981 and specify for ascertainment purposes commencing October 1, 1981, a suitable high-risk group.

CONSIDERATIONS

Present Practice

10. Veterans Treatment Regulations (Sec. 28) authorize DVA to provide in-patient personal/supervisory and nursing care to veteran pensioners, recipients, near-recipients and veterans who served in a theatre of war. Daily costs per patient to the Department average approximately $10 higher than costs in community facilities, with no clearly discernible comparable difference in the level of service provided. Forecast costs for 1979-80 total $27.6 millions. Charges to clients of up to $120 monthly are levied, depending on their income and assets, yielding $2.5 millions annually to Consolidated Revenue Fund. Admission to care is at the individual discretion of fifteen field medical officers. This leads to variations in admission standards among field locations.

11. Although Veterans Treatment Regulations (Sec. 3) authorize personal/supervisory and nursing care in a departmental hospital or "elsewhere", long-standing practice has limited outlets to departmental or transferred institutions. On the other hand, eligible veterans may secure medical and dental treatment, other levels of institutional care, drugs and medicine, and orthopedic appliances from suppliers of their choice in their home or nearby communities. This difference in practice is an increasingly indefensible anomaly in an evolving health care system which recognizes the need for an improved balance among health services delivery modes.

12. L'accent mis sur les lits d'établissement comme réponse exclusive du Ministère aux clients dont l'autonomie est affaiblie de façon prolongée, ne tient pas compte des principes modernes de gériatrie qui font ressortir l'importance des services d'aide à domicile ou autres comme moyen de maintenir le plus possible l'autonomie des clients et de diminuer les frais des cas. Lorsque les lits d'hébergement sont la seule façon de dispenser le service, les spécialistes en gériatrie sont d'avis qu'un pourcentage aussi élevé que 35 p. 100 des lits seront occupés par des personnes qui pourraient continuer de vivre à la maison moyennant de minimes services de soutien. La façon actuelle de dispenser les services à ce groupe accélérera vraisemblablement la détérioration des capacités qui lui restent. Il semble de plus en plus évident que pour deux malades ayant besoin de soins institutionnels, il y en a trois qui restent à la maison et qui ont besoin de services de soutien pour compenser la diminution de leurs capacités. Si l'on continue à faire des méthodes de service plus appropriées, on ne fera que prolonger le gaspillage des ressources et, par conséquant, laisser de nombreuses personnes souffrir sans leur apporter le secours nécessaire.

Stock de lits et accès

13. Le Ministère a l'accès exclusif ou prioritaire à 6 600 lits dans des hôpitaux ministériels ou contractuels. De ce nombre, 1 400 places ne conviennent qu'à des soins "d'hébergement", tandis que 1 000 lits supplémentaires se prêtent soit à des soins d'hébergement, soit à des soins pour les malades chroniques. Le reste des lits, destinés au traitement des maladies en période aiguë ne peuvent, du point de vue économique, être utilisés comme ils le sont maintenant pour des soins personnels/de surveillance et de nursing.

Si l'on continue cette façon d'agir, les organisations d'anciens combattants pourraient demander que le MAAC adopte cette pratique. Les modifications d'infrastructure minimales requises gaspilleraient les ressources nécessaires à de meilleurs niveaux de soins et exigeraient une dépense de capital de $4,1 millions, échelonnée de 1980 à 1984, pour suffire de façon minimale à la demande, sans oublier l'augmentation des coûts de fonctionnement qui s'élèveront à $32,3 millions en 1983-1984. Ces coûts ne feraient que répondre à la hausse prévue du nombre de cas, suivant une méthode périmée qui n'est pas la plus avantageuse pour tous les clients.

14. Les lits "d'hébergement" sont mal distribués entre les provinces et les régions. Plus grave encore, ils sont situés dans les centres où vivent un peu moins de la moitié des anciens combattants. Cela cause une certaine discrimination envers les anciens combattants admissibles des régions comme l'ouest de Terre-Neuve, l'Ile-du-Prince-Edouard, l'est et le nord-ouest de Québec, de même que les régions de Kingston, Peterborough, Hamilton et Windsor, Le nord et nord-ouest de l'Ontario, les centres moins importants des prairies et le centre de la Colombie-Britannique, où le MAAC ne dispense aucun soins personnels/de surveillance ou de nursing. La plus grande partie de la population d'anciens combattants

12. Concentration on departmental and contract institutional beds as the Department's exclusive response to extended impaired self-sufficiency in its clients, ignores modern geriatric concepts which emphasize the importance of home-delivered and other support services in preserving maximum independence for clients and reducing case costs. Where live-in beds are the only service mode, geriatricians consider that as high as 35% of them will be occupied by persons who could continue living at home with modest support services. This unsuitably served group faces accelerated deterioration of their remaining capacities. Developing evidence indicates that for every two patients requiring institutional care, there are three remaining in their homes who need support services to offset diminished capacity. Continued disregard of more appropriate service methods will extend misuse of resources and simultaneously leave significant numbers to suffer without needed help.

Bed Stocks and Access

13. The Department has exclusive or priority access to 6,600 beds in owned or contract hospitals. Of these, 1,400 are suitable only for "domiciliary" care. An additional 1,000 are appropriate for either domiciliary or chronic care. The remainder, designed for acute treatment, cannot be economically used as they now stand for personal/supervisory and nursing care. Continuation of present practice will ultimately bring on veteran organization pressure for their conversion. The minimum necessary structural changes would be wasteful of resources needed for higher levels of care and require capital outlay of $4.1 millions over 1980-4 to respond minimally to the pressure, with accompanying increase in operating costs to $32.3 millions in 1983-4. These costs would do no more than meet the projected caseload increase by an outmoded method which does not serve the best interest of all in the client group.

14. "Domiciliary" beds are inequitably distributed on a regional and provincial basis. More significantly, they are located in centres where slightly less than half the veterans live. This discriminates against eligible veterans in such areas as western Newfoundland, Prince Edward Island, eastern and north-western Quebec, the Kingston, Peterborough, Hamilton and Windsor regions, northern and north-western Ontario, and smaller centres in the Prairie Provinces and the interior of British Columbia, where no personal/supervisory or nursing care is provided by DVA. This majority of the veteran population has access to beds only at the risk of trauma following separation from family, friends and familiar surroundings. Correction of this inequity of access to departmental or contract outlets within the framework of present practice would mean a 53% increase in bed stocks with a corresponding increase in annual operational liability from $27.6 millions to $43 millions immediately and a capital outlay of $17.3 millions over the period 1980-4. It would, in addition, intensify direct federal operational involvement in the health care system and establish larger enclaves of "veterans" beds in it.

.../14

qui a accès aux lits doit subir le choc qui accompagne la séparation de leur famille, de leurs amis et de leur milieu habituel. Pour corriger cette inégalité d'accès aux établissements du Ministère ou contractuels dans le cadre de la formule actuelle, il faudrait augmenter les disponibilités de lits de 53%, augmenter immédiatement les obligations de fonctionnement annuelles de $27,6 millions à $43 millions, et engager une dépense de capital de $17,3 millions, échelonnée de 1980 à 1984. De plus, ces mesures de redressement entraineraient une plus grande participation opérationnelle directe du gouvernement fédéral au système de soins et créeraient de plus vastes enclaves de lits "d'anciens combattants".

Charge actuelles des établissements

15. Pour le moment, 420 000 anciens combattants répondent aux critères actuels d'admissibilité aux soins d'hébergement en raison du service (pension d'invalidité ou service sur un théâtre de guerre). L'accès aux soins n'est aucunement déterminé par des facteurs de revenu ou de coût. Le niveau des contributions qui est proposé à l'alinéa 4 b) pour les quasi-bénéficiaires et ceux qui sont admissibles en raison de leur état de service est fondé sur des facteurs de revenu et de coût afin qu'on puisse contrôler le nombre probable de cas. Il réduit le nombre des personnes admissibles aux contributions proposées de 420 000 à 265 000.

La méthode d'examen du revenu à employer est décrite dans l'annexe "D". La répartition, par province, de cette population admissible figure à l'annexe "E".

16. Des 420 000 anciens combattants admissibles, 1 700 reçoivent actuellement des soins "d'hébergement" dans des hôpitaux ministériels ou contractuels. Un nombre additionnel d'environ 3 300 anciens combattants occupent des lits de soins personnels/de surveillance ou infirmiers dans des établissements communautaires. De ces anciens combattants, approximativement 2 800 rencontrent les critères qui sont exigés dans le terme "contribution".

La population canadienne d'anciens combattants âgés

17. En 1980, 215 270 anciens combattants sont âgés de 65 ans ou plus. Ce nombre augmentera de 53 p. 100, c'est-à-dire 330 000 anciens combattants d'ici 1985 et connaîtra une crête de 455 200 en 1991. Pour 100 anciens combattants de ce groupe d'âge aujourd'hui, on en comptera 211 d'ici 1991. C'est une différence marquée avec le total de la population canadienne masculine en 1991 lorsque l'on comptera un peu moins de 130 personnes pour chaque 100 personnes actuellement. Les comparaisons de croissance et les projections qui en découlent figurent à l'annexe D.

18. Il ressort de cette analyse que les pressions sur les stocks de lits actuellement offerts au MAAC seront beaucoup plus importantes que sur les lits disponibles aux autres autorités desservant la population en général. Ces pressions imminentes, de concert avec les insuffisances des modalités ministérielles actuelles, exigent un remaniement du programme que l'on ne peut ignorer.

Current Eligible and Institutional Populations

15. At present, 420,000 veterans meet the current service eligibility criteria (disability pension or service in a theatre of war) for domiciliary care. Entry to care is not affected by income or cost considerations. The level of contribution proposed in paragraph 4(b) for near-recipients and service eligibles is based on income and cost factors to provide control on prospective caseload. It reduces the number eligible to receive proposed contributions from 420,000 to 265,000. The income test to be used is described in Annex "D". The distribution by province of this eligible population is listed in Annex "E".

16. Of the 420,000 eligible veterans, 1,700 are now in "domiciliary" care and departmental or contract hospitals. An estimated additional 3,300 are in personal/supervisory or nursing care beds in community facilities. Of these, approximately 2,800 are expected to meet contribution criteria.

Canada's Aging Veteran Population

17. In 1980, 215,270 veterans are 65 years of age or older. This number will increase 53% to 330,000 in 1985 and peak at 455,200 in 1991. For every 100 veterans in that age group today, there will be 211 in 1991. This contrasts sharply with the total Canadian male population in 1991 where there will be fewer than 130 for every 100 today. These comparative growths and subsequent projections are shown at Annex "F".

18. Clearly, resulting pressure on bed stocks now available to DVA will be greater than on beds open to other jurisdictions serving the general population. This impending pressure, in combination with inadequacies of present departmental practice, creates imperatives for program adjustment which cannot be ignored.

Organizational Readiness

19. Management and professional co-ordination of departmental field operations were recently re-organized on a regional basis. This will facilitate orderly implementation and operation of these proposals. New District Offices established concurrent with regional organization, will strengthen collaboration with community agencies and use of local resources. Present medical and counselling staff skills are being reinforced by medical and other professional expertise in geriatrics and gerontology, and sharpened by re-direction of staff training and development plans. Systems and procedures improvements in hand or under development aim to contain the projected workload increases (up to 20%), resulting from these proposals, without increasing person year allocations.

Préparation administrative

19. La gestion et la coordination professionnelles des activités locales ont connu récemment un remaniement au niveau régional. Ce remaniement facilitera grandement la mise en application et l'exécution de ces propositions, si elles sont approuvées. Les nouveaux bureaux de district répartis dans les organismes régionaux resserreront les liens de collaboration avec les organismes communautaires et utiliseront davantage les ressources locales. Les compétences actuelles du personnel médical et des conseillers sont renforcées par l'arrivée de specialistes médicaux et professionnels dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie, et accentuées grâce à la réorientation de la formation et des plans de perfectionnement du personnel. Les améliorations des systèmes et des modalités en place ou en voie d'être créés visent à absorber l'augmentation de la charge de travail prévue (jusqu'à 20 p. 100), découlant des propositions, dans le nombre années-personnes actuellement allouées.

Le milieu canadien dans le domaine de la santé

20. La façon de remédier à l'affaiblissement de l'autonomie dû au vieillissement par une concentration ministérielle historique sur les lits d'hébergement reflète simplement la réaction canadienne générale, du moins jusqu'à très récemment. Bien que la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires) de 1977 ait stimulé la mise sur pied de services de soins prolongés dans certaines provinces, les résultats ne sont d'aucune façon universels. Dans les provinces de l'Atlantique, on ne semble pas avoir suivi cette tendance même si le nombre de cas et d'autres pressions en vue de services hospitaliers et de diagnostic les forceront sans doute à adopter ces mesures dans un proche avenir.

21. Bien qu'il y ait eu certains changements dans les programmes de soins provinciaux, l'orientation générale s'est limitée aux lits en établissement et les services d'aide à domicile. Il existe néanmoins un clivage lorsqu'il s'agit de constater les besoins et de mener une action préventive dans les groupes à risques élevés, dans les domaines des transports, des appareils spéciaux et de modification du milieu des services mobiles, de l'encouragement à "rester en santé" et du maintien de l'autonomie.

22. En vertu des pouvoirs actuels, le présent programme ne peut répondre aux besoins changeants des anciens combattants admissibles en matière de santé et les programmes provinciaux ne sont pas assez variés ou disponibles pour contrebalancer les impératifs d'une action immédiate. Toutefois, dans le cadre de l'établissement de services de soins provinciaux prolongés, les possiblités existent pour ce qui est d'intégrer le programme proposé, y compris le placement dans les lits communautaires, avec ceux des provinces. De cette façon,

Canadian Health Care Environment

20. The Department's historical concentration on live-in institutional beds as a response to impaired self-sufficiency in the aging simply mirrors the general Canadian response, at least until recent times. While the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, has stimulated development of extended health care services in some provinces, this effect is by no means universal. In the Atlantic Provinces there has been no discernible movement toward such programs, though caseload and other pressures on hospital and diagnostic services plans will likely force such development in the near future.

21. Even where changes in provincial health care programs have occurred, the thrust has been limited to institutional beds and home delivered services. Identified gaps exist in areas of ascertainment of need and preventive action in high risk groups, transportation, functional aids and environmental modifications, ambulatory services, promotion of health and prevention of loss of self-sufficiency.

22. Under current authority, the present DVA program cannot meet the changing health needs of eligible veterans nor are provincial programs sufficiently diversified or available to offset imperatives for action. However, in the context of developing provincial extended health care services, the opportunity exists to mesh the proposed program, including placement in community beds and payment of contributions to veterans with respect to user fees where applicable, with those of provinces. In this way, duplication will be avoided as will the otherwise inevitable need to increase stocks of departmental and contract beds. Case costs will also be reduced by encouraging and using community funded and volunteer services, as well as by emphasizing prevention and reinforcing remaining capacities of individual veterans.

Financial

23. Net liabilities resulting from contributions to the cost of diversified services proposed in paragraph 4 with target populations and commencement schedules as per paragraph 9 is projected as follows:

	Alternative i	Alternative ii	Alternative iii
1980/81	$ 5.7 million	-	-
1981/82	19.0 million	$ 4.8 million	$1.9 million
1982/83	31.4 million	12.3 million	4.8 million
1983/84	44.7 million	18.6 million	7.0 million
1984/85	52.6 million	19.1 million	7.3 million

Forecast caseload and Provincial/functional distribution of liabilities for Alternative iii are displayed in Annex "I".

.../18

on éviterait le double emploi et le besoin, autrement inévitable d'augmenter les stocks de lits ministériels et contractuels. Les coûts, pour chaque cas, seraient également moindres si l'on prône et utilise les services bénévoles et financés par la collectivité et encourage fortement la prévention et le renforcement des capacités qui restent à chacun des anciens combattants.

23. Les engagements résultant des contributions au coût des services diversifiés proposés au paragraphe 4, et ce en fonction des dates de mise en oeuvre et des groupes de population visés qui sont mentionnés au paragraphe 9, sont prévus comme suit:

	Solution (i)	Solution (ii)	Solution (iii)
1980-1981	$ 5,7 millions	-	-
1981-1982	19,0 millions	$ 4,8 millions	$ 1,9 millions
1982-1983	31,4 millions	12,3 millions	4,8 millions
1983-1984	44,7 millions	18,6 millions	7,0 millions
1984-1985	52,6 millions	19,1 millions	7,3 millions

24. Au cours de la période prévue de mise en oeuvre, soit de 1980 à 1984, les propositions rattraperont les besoins qui ne sont pas encore satisfaits, dont ceux des groupes à risques élevés qui ne sont pas encore décelés et de ceux qui doivent se débrouiller de leur mieux, ce qui, sans contredit, ne peut que nuire à leur bien-être. Durant cette période, on s'attendra à ce que les dépenses procurent un plus grand bien-être à plus de 26 000 anciens combattants âgés, en vertu de la solution (i), et à plus de 8 000, en vertu de la solution (ii); par contre, si l'accent continuait d'être mis exclusivement sur les lits institutionnels, de 3 500 à 4 000 personnes seulement seraient servies, et il faudrait payer des niveaux de réponse actuels et des obligations totales plus élevées pour égaliser l'accès aux soins en établissement. La solution (iii) à l'annexe I renferme les prévisions du nombre de cas et de la répartition provinciale/fonctionnelle des engagements. En vertu de la solution (iii), de 3 000 à 3 500 pensionnés recevraient des contributions au cours de la période prévue.

25. La population admissible en vertu de la solution (iii) comprend 97 723 pensionnés résidant au Canada le 31 mars 1980, comparativement à 99 633 le 31 décembre 1978. Etant donné que le profil de vieillissement des pensionnés correspond étroitement à celui de l'ensemble de la population des anciens combattants, on suppose que l'augmentation des besoins du groupe admissible correspondra elle aussi à l'augmentation annuelle de 4 % au sein de l'ensemble de la population des anciens combattants. On obtient ce pourcentage d'augmentation en comparant les taux d'utilisation des soins en hébergement dispensés par le MAAC pour chaque groupe d'âge de 5 ans au taux d'utilisation annuel à l'intérieur de ces groupes. En vertu de l'article 5 du Règlement sur le traitement des anciens combattants, le gouvernement du Canada est maintenant chargé de dis-

24. During the forecast implementation period of 1980-1985, the proposals will catch up with needs now left unserved, including needs of high risk groups now undetected and of those who now must be left to get along as best they can, with undoubted harm to their well-being. In that period, the expected expenditure result is improved well-being for more than 26,000 elderly veterans under Alternative i. and more than 8,000 under Alternative ii. in contrast to between 3,500 and 4,000 who would be served by continued exclusive concentration on institutional beds, at significantly higher individual cost required to maintain present response levels and higher total liability to equalize access to institutional care. Alternative iii. is expected to provide contribution benefits to 3,000-3,500 pensioners in the forecast period.

25. The Alternative iii. eligible population comprises 97,723 pensioners resident in Canada at March 31, 1980, compared to 99,633 at December 13, 1978. As the pensioner aging pattern closely matches that of the total veteran population, it is assumed that the growth of need in the eligible group will also match the total population growth of 4% annually. This growth rate is derived by applying Use Rates of DVA domiciliary care for each 5-year age group to the year-to-year populations in those groups. The Government of Canada now assumes, under Veterans Treatment Regulations (Sec. 5), responsibility for health needs for acute, rehabilitative and chronic (Types V, IV and III) care related to pensionable conditions. This responsibility includes payment of full cost of health services provided by the service outlet of the pensioner's choice, on the principle that pensioners should not be out-of-pocket for such costs. Alternative iii. applies the same principle to personal/supervisory and personal/nursing care (Types I and II) services. This is seen as an appropriate application in view of the growing recognition by governments, health professionals and the public of the lower levels of care as integral components in a comprehensive health system. Although Veterans Treatment Regulations do not establish a hierarchy of eligibilities among categories of veterans - basically pensioners, recipients, near-recipients and service-eligibles - for which health care services may be provided by the Department, the pensioner group is commonly perceived by veterans' organizations and others to have primacy. Similarly, services provided for war-related disabilities are less likely than those proposed in Alternative ii. to generate public demand for similar attention to their own needs for service. Although Alternative iii. establishes a larger eligible group than Alternative ii., differences in incidence of need because of different age factors result in a much lower caseload, attendant liability, and visibility of the group in the general population. These and other broader considerations may establish a basis for choice among Alternative i., ii. and iii.

.../20

penser des soins pour malades aigus et chroniques et des soins de réadaptation (de type V, IV et III), à l'égard des affections ouvrant droit à pension. Cette responsabilité englobe le paiement du plein coût des services de santé dispensés par la source de soins choisie par le pensionné, et ce en raison du principe selon lequel les pensionnés ne devraient pas faire de dépenses personnelles pour payer ces coûts. La solution (iii) applique le même principe aux soins personnels/de surveillance et aux soins infirmiers (de type I et II). Cette disposition est jugée pertinente, puisque les gouvernements, les professionnels de la santé et le public considèrent de plus en plus les soins de niveaux inférieurs comme une partie intégrante de tout système de soins complet. Bien que le Règlement sur le traitement des anciens combattants n'établisse pas d'ordre hiérarchique d'admissibilité parmi les catégories d'anciens combattants (notamment les pensionnés, les bénéficiaires, les quasi-bénéficiaires et les admissibles selon les états de service) auxquels des services de santé peuvent être dispensés par le Ministère, les associations d'anciens combattants et d'autres encore estiment généralement que le groupe des pensionnés à la priorité. Pareillement, les services dispensés à l'égard d'invalidités liées au service en temps de guerre sont moins susceptibles d'inciter le public à demander que ses propres besoins soient satisfaits, que les services proposés dans la solution (ii). Bien que la solution (iii) prévoie un plus grand nombre de personnes admissibles que la solution (ii), l'importance différente des besoins qui est attribuable aux facteurs d'âge différents signifie un nombre de cas beaucoup moins élevé, des engagements par conséquent moindres, et une distinction beaucoup moins marquée entre ce groupe et le reste de la population en général. Ces considérations et d'autres plus vastes peuvent servir de base au choix entre les solutions (i), (ii) et (iii).

26. Les pressions inévitables de la demande croissante qu'entraîne le profil de vieillissement particulier de la population des anciens combattants nécessiteront, dans un avenir relativement proche, l'adoption de mesures moins efficaces ou plus coûteuses que celles qui sont proposées dans le présent document.

27. Les consultations proposées au septième paragraphe, si elles sont couronnées de succès, pourraient provoquer une certaine déflation des coûts projetés au vingt-troisième paragraphe, car une partie de l'ensemble des clients du MAAC serait réorientée, d'un placement dans des lits ministériels et contractuels très dispendieux, vers des services ou installations communautaires au coût moins élevé.

Les relations fédérales-provinciales

28. Des gouvernements provinciaux et fédéraux successifs ont reconnu que les coûts relatifs aux soins découlant d'affections survenues au cours du service dans les forces armées en temps de guerre représentent une responsabilité fédérale, sans oublier un rôle de premier rang des provinces pour ce qui est de fournir des services de soins aux particuliers. Les provinces reconnaissent également, et quelquefois soulignent, la responsabilité traditionnelle du gouvernement fédéral à l'égard des soins aux anciens combattants.

26. Inevitable pressures of increasing need resulting from the distinctive aging pattern in the veteran population will, in the relatively short term, force adoption of less effective or more costly measures than those proposed herein.

27. Consultations proposed in paragraph 7, if successful, may result in some deflation of costs projected in paragraph 24, as part of the flow of DVA clients will be re-directed from high-cost owned and contract beds to lower cost community facilities and services.

Federal-Provincial Relations

28. Successive federal and provincial governments have accepted that costs of health needs arising from disabilities incurred in the armed forces in wartime are a federal responsibility, notwithstanding provincial primacy in health service delivery to individuals. Provinces also recognize - and sometimes stress - a traditional federal responsibility in veterans' health care.

29. As a consequence, the concept of DVA contributions to health costs not covered in whole or in part by "universal" provincial extended health care programs, is not nor has it been seen as a potential irritant in federal-provincial relations, or as an abatement of provincial responsibility to veterans as provincial residents. Exploratory consultations have taken place with officials of all provinces, except Quebec, with general acceptance of proposal concepts. Further planned discussions directed to achieving consensus on program aspects which interface with provincial activities, would undoubtedly reinforce acceptance already gained.

Veterans' Organizations

30. Veterans' organizations monitor the content and applications of veterans' programs with zeal. They perceive federal health care of pensioners, recipients, near-recipients, and theatre of war veterans as a virtual right, earned by contributions to the national interest in wartime. They would react quickly and unfavourably to any perceived tampering with that right. However, except for strident factions, a run-down in DVA use of contract beds would likely be acceptable if offset by more appropriate measures directed to use of community facilities and home-delivered services.

31. Significantly, the 1978 Convention of the Royal Canadian Legion, whose membership approaches 500,000, adopted a resolution urging DVA to make use of community institutional and other health services in responding to growing need caused by impaired self-sufficiency in aging veterans. A reinforcing resolution, perhaps in more detail, is expected to issue from the 1980 biennial Convention.

29. Par conséquent, le principe des contributions du MAAC aux coûts qui ne sont pas prévus, en totalité ou en partie, par les programmes "universels" provinciaux de santé n'est pas perçu comme une possibilité de conflit dans les relations fédérales-provinciales, non plus que comme une suppression de la responsabilité des provinces à l'égard des anciens combattants en tant que résidents-provinciaux. Des consultations exploratoires ont eu lieu avec les fonctionnaires de toutes les provinces, sauf le Québec, qui ont accepté en général les principes proposés. D'autres discussions prévues, ayant pour but d'arriver à une entente sur tous les aspects de programmes qui recoupent des activités provinciales, renforceraient sans aucun doute l'assentiment déjà obtenu.

Les organisations d'anciens combattants

30. Les organisations d'anciens combattants surveillent avec beaucoup de zèle le contenu et la mise en application des programmes des anciens combattants. Elles conçoivent les soins fédéraux aux pensionnés, aux bénéficiaires aux quasi-bénéficiaires et à ceux qui ont servi sur un théâtre réel de guerre comme un droit acquis, en raison de leur contribution aux intérêts nationaux en temps de guerre. Elles réagiraient sans doute très rapidement et très défavorablement à toute "spoliation" des droits d'accès prioritaire. Toutefois, à l'exception des groupes protestataires, on accepterait assez bien une diminution de l'utilisation des lits contractuels de MAAC, si l'on présentait des mesures compensatoires plus appropriées en vue d'utiliser les installations communautaires et les services à domicile.

31. Fait marquant, le congrès de la Légion royale canadienne de 1978, qui représente près de 500 000 membres, adoptait une résolution visant à presser le MAAC à utiliser les services de soins communautaires et autres pour subvenir aux besoins croissants causés par l'affaiblissement de l'autonomie des anciens combattants qui vieillissent. Une résolution d'appoint, peut-être plus détaillée encore, est censée découler du congrès biennal de 1980.

32. La Légion royale canadienne est également en faveur de partager une partie des responsabilités pour ce qui est de prendre soin des personnes âgées, en finançant des projets de logements domiciliaires pour les personnes à faible revenu, des activités récréatives, des bourses, des bourses d'étude et une participation aux colloques en gériatrie et en gérontologie; en plus de sensibiliser davantage le public aux services communautaires pour les personnes âgées et d'entreprendre des mesures correctives dans la collectivité. La création récente de trois bourses d'études universitaires supérieures bien-être des personnes âgées. Cet intérêt louable, joint à la répartition judicieuse des directions de la Légion royale canadienne dans le pays tout entier, engendre un climat propice à la collaboration fructueuse entre le MAAC et les associations d'anciens combattants en vue d'atteindre les objectifs communs.

32. Royal Canadian Legion also accepts and seeks to discharge a share of responsibility in care of the aging by funding low-cost housing projects, recreational activities, bursaries, scholarships and attendance at seminars in geriatrics and gerontology, stimulating public interest in the problems of the elderly, and leading corrective community action. Recent establishment of three post-graduate fellowships in geriatrics exemplifies Legion concern with the well-being of the elderly. This healthy motivation combined with the wide dispersion of local Royal Canadian Legion branches, provides a climate favourable to productive collaboration in achieving objectives shared by veterans' organizations and DVA.

Status of Women Concerns

33. Consideration has been given, in the development of this policy, to the role of the veteran's spouse. In many cases, the female spouse will be the primary care-giver for the veteran, thus her health status is of concern to the Department. It is proposed that contributions be paid to allow the spouse to be relieved of this care through provision of home support services, or by temporary admission of the veteran to personal/supervisory and nursing live-in care institutions.

Interdepartmental Consultations

34. Consultation has taken place with officials of Health and Welfare Canada, Privy Council Office, Federal-Provincial Relations Office and Treasury Board Secretariat. Health and Welfare Canada officials have expressed acceptance of the underlying premise of these proposals. Intensified collaboration with Health and Welfare Canada is expected, particularly in the preventive and health promotion fields.

RECAPITULATION

35. The intensifying effects of aging in increasing numbers of veterans dictate DVA program adjustments to prevent damage to individual well-being and to offset pressures for other and more costly remedies which are otherwise inescapable.

36. The growth rates of needs related to aging effects in the eligible veteran population over the next decade will be greater than for the total male population and is an imperative for gap-filling action.

37. Costs of program improvement and rationalization are controllable through re-definition of eligibility; administrative and case controls; improved assessment of the needs of individuals; use of community resources; integration of veterans' eligibilities with their status as provincial residents; and implementation phasing.

Minister of Veterans Affairs

Situation de la femme

33. Le rôle de l'épouse de l'ancien combattant a été pris en considération lors de la mise au point de cette politique. Dans bien des cas, c'est l'épouse qui dispense la plupart des soins à l'ancien combattant; par conséquent, le Ministère attache de l'importance à son état de santé. Il est proposé que des contributions soient versées afin de permettre à l'épouse de se libérée de cette tâche grâce à la prestation de services de soutien à domicile ou à l'admission temporaire de l'ancien combattant dans un établissement d'hébergement pour qu'il y reçoive des soins personnels/de surveillance ou des soins infirmiers.

Les consultations interministérielles

34. Des consultations ont eu lieu avec des cadres de Santé et Bien-être social Canada, du Bureau de Conseil privé, du Bureau des relations fédérales-provinciales, et du Secrétariat du Conseil du Trésor. Les cadres de Santé de Bien-être social Canada ont signifié leur assentiment au principe fondamental des présentes propositions. On s'attend à une collaboration de plus en plus étroite avec Santé et Bien-être social Canada, en particulier aux chapitres de la promotion de la santé et de la prévention.

Récapitualtion

35. Les effets de plus en plus marqués du vieillissement chez un nombre de plus en plus élevé d'anciens combattants oblige le MAAC à réorienter son programme afin de prévenir les dommages au bien-être des particuliers et d'éliminer les pressions exercées sur les installations dont disposent le Ministère.

36. Le taux de croissance des besoins au sein de la population admissible d'anciens combattants au cours de la prochaine décennie sera relativement plus important que pour l'ensemble de la population de sexe masculin et il est impérieux que l'on procède à un remaniement.

37. Les coûts de l'amélioration et de la rationalisation du programme sont prévisibles si l'on redéfinit l'admissibilité, si l'on contrôle les cas et l'administration, si l'on améliore l'évaluation des besoins de chacun et si l'on utilise les ressources communautaires, si l'on intègre l'admissibilité des anciens combattants à leur état de résidants provinciaux et si l'on met ce programme en application par étapes.

Le Ministre des Affaires des anciens combattants.

PATIENT CHARACTERISTICS - PERSONAL/SUPERVISORY CARE

- A medical condition either stabilized or under clinical control.
- A physical or mental frailty, congenital handicap, or disability due to previous injury or disease.
- Independently ambulatory with or without mechanical aids, or independently mobile in a wheelchair.
- Mental or physical limitations in ability to care properly for self result in major social needs.
- Primary needs are supervision and assistance with activities of daily living.
- Treatment requirements are standardized and include only maintenance medication and preventive services.

SERVICES NEEDED - PERSONAL/SUPERVISORY CARE

- Responsible supervision and access to periodic medical care, physical medicine and professional nursing services.
- Personal care and assistance with activities of daily living.
- Provision for special diet.
- Supervision of medication.
- Social and recreational opportunities.
- Aids and equipment such as handrails, grab-bars, walkers.

ANNEXE "A"

CARACTERISTIQUES RELATIVES AUX MALADES - SOINS PERSONNELS ET DE SURVEILLANCE

- o une affection stabilisée ou sous contrôle clinique.
- o une déficience physique ou mentale, un handicap congénital ou une invalidité résultant d'une blessure ou d'une affection antérieure.
- o malade pouvant déambuler de façon indépendante, avec ou sans l'aide d'un dispositif mécanique, ou pouvant déambuler de façon indépendante au moyen d'un fauteuil roulant.
- o déficiences mentales ou physiques en ce qui a trait à la capacité de subvenir adéquatement aux principaux besoins entraînant des besoins d'aide sociale.
- o les principaux besoins ont trait à une surveillance et à une aide en ce qui concerne les activités quotidiennes.
- o les besoins relatifs aux traitements sont normalisés et ils n'incluent que les médicaments prescrits sur une base permanente et les services de prévention.

SERVICES NECESSAIRES - SOINS PERSONNELS ET DE SURVEILLANCE

- o surveillance adéquate et accessibilité à des soins médicaux périodiques, aux services offerts par des médecins (santé physique) et par des infirmiers professionnels.
- o soins personnels et aide relative aux activités quotidiennes.
- o possibilité de suivre une diète.
- o surveillance relative aux médicaments.
- o possibilités de rencontres sociales et récréatives.
- o dispositifs et matériel tels des rampes, des barres de soutien et des ambulateurs.

.../27

PATIENT CHARACTERISTICS - PERSONAL/NURSING CARE

- An established medical diagnosis.
- A chronic disease or functional disability.
- Little or no rehabilitation potential.
- Relatively stabilized disease process.
- Relatively little need for diagnostic and therapeutic services.
- Primary needs are personal care available on a 24-hour basis with professional nursing supervision and access to physical medicine services.
- Prolonged period of care anticipated.

SERVICES NEEDED - PERSONAL/NURSING CARE

- Continuous care with professional nursing supervision and intermittent medical contact.
- Catheter and ostomy care.
- Mechanical aids such as grab-bars, wheelchairs, walkers.
- Social and recreational services.
- Part-time consultant - physiotherapy and occupational therapy services.
- Special diets.
- Drugs and medical supplies.

.../28

ANNEXE "B"

CARACTERISTIQUES RELATIVES AUX MALADES - SOINS PERSONNELS ET SOINS INFIRMIERS

- un diagnostic médical établi.
- une affection chronique ou une incapacité fonctionnelle.
- possibilités de réadaptation très réduites ou inexistantes.
- maladie relativement stabilisée.
- besoins relativement peu nombreux en ce qui a trait aux services diagnostiques et thérapeutiques.
- les principaux besoins ont trait à la possibilité d'obtenir des soins personnels 24 heures par jour, de se prévaloir de services de surveillance effectuée par des infirmiers professionnels et d'avoir accès aux services offerts par des médecins (santé physique).
- anticipation d'une période prolongée de soins.

SERVICES NECESSAIRES - SOINS PERSONNELS ET INFIRMIERS

- soins continus sous la surveillance d'infirmiers professionnels et la présence occasionnelle de médecins.
- soins cathétériques et ostomiques.
- dispositifs mécaniques tels des barres de soutien, des fauteuils roulants et des ambulateurs.
- services sociaux et récréatifs.
- consultant à temps partiel: services de physiothérapie et d'ergothérapie.
- diètes.
- médicaments et fournitures médicales.

Outline of Operational Processes

Process	Description
Contact:	Will occur from DVA scan of defined high risk groups, client self-referral at DVA office or field counsellor, family or third-party referral by mail or in person.
Intake:	Information gathering by health professional or counsellor, or both, from home visit to client, interview with family, physician, other relevant third parties. Information analysis by DVA multi-disciplinary district team and assessment by members individually and joint, leading to intervention design and acceptance/rejection decisions. Provincial assessment mechanisms may be used.
Intervention Implementation:	Major interventions may require varying and flexible implementation action depending on state of development of collateral agencies and services in major urban, small urban and rural areas. In the first named interagency, referral and consultation will be common. In rural areas or small towns, mobilization of unorganized resources may be required involving individuals as well as groups. Some advocacy and education may be needed. Interagency collaboration, notably with the Royal Canadian Legion, will be emphasized.
Monitoring:	Scheduled follow-ups during service to ensure intervention design is meeting aims.
Separation and Evaluation:	Scheduled re-assessment of planned intervention after completion and evaluation of results achieved.
Independent Review:	At the request of client or representative, DVA actions may be reviewed at any point during interaction with client, by geriatric adviser, attending physician and client nominee for adequacy within program limitations.

ANNEXE "C"

Résumé des méthodes de fonctionnement

Méthodes	Description
Premier contact:	Se fera à la suite de l'examen, par le MAAC de groupes définis comme présentant des risques élevés, d'une demande du client lui-même auprès du bureau du MAAC ou du conseiller, d'une lettre ou d'une visite de la famille ou d'une tierce personne.
Documentation:	La cueillette des renseignements par un professionnel de la santé ou un conseiller ou les deux; des visites à domicile chez le client, d'une entrevue avec la famille, avec le médecin ou avec toute autre tierce partie. Analyse des renseignements par l'équipe multidisciplinaire de district du MAAC et evaluation par les membres, seuls ou en équipe, menant à une intervention et aux décisions relatives à l'acceptation ou au refus. Il sera possible d'utiliser des mécanismes d'évaluation provinciaux.
Mise en application des interventions:	Les interventions principales pourront nécessiter un éventail de moyens de mise en application selon l'état des services et des organismes collatéraux des grandes villes, des petites villes, et des régions rurales. Dans les grandes villes, les consultations et les renvois entre les organismes seront courants. Dans les régions rurales ou dans les petites villes, il faudra peut-être recourir à des ressources moins organisées, notamment des particuliers ou des groupes. Il faudra peut-être faire une certaine propagande ou sensibiliser et encourager la collaboration entre les organismes.
Surveillance:	Des suivis réguliers au cours des services verront à ce que les interventions prévues répondent aux objectifs.
Cessation et vérification:	une réévaluation est prévue lorsque les interventions projetées seront terminées, de même qu'une vérification des résultats.
Révision indépendante:	A n'importe quel moment au cours de l'interaction avec le client, le conseiller gériatrique, le médecin ou toute personne déléguée par le client pourra étudier la démarche du MAAC afin de voir si elle respecte les limites du programme.

INCOME TEST

Disability pensioners and allowance recipients will not be subject to an income test in determining eligibility under the proposed program.

Near recipients and service eligibles will be eligible for contributions covering costs not met by provincial extended health care plans up to the amount by which these costs reduce their income below the relevant monthly income ceiling as specified by the War Veterans Allowance Act. Income is to be assessed on the same basis as stipulated by the War Veterans Allowance Regulations. The income ceiling, which, for the quarter commencing April 1, 1980, is $357.05 at the single rate and $611.26 at the married rate, is adjusted quarterly, in keeping with changes in the Consumer Price Index.

An exception to the above occurs in the case of an allowance recipient, a near-recipient or a service eligible without a spouse or dependent children, receiving a contribution towards the cost of live-in institutional care. In such a situation, contributions may be reduced by up to $170.00 per month on the first day of the seventh month following commencement of payments in order to be consistent with War Veterans Allowance legislation.

EXAMEN DU REVENUE

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une allocation ne seront pas assujettis à un examen du revenu lorsqu'on déterminera leur admissibilité en vertu du programme proposé.

Les quasi-bénéficiaires et les personnes admissibles selon les états de service auront droit à des contributions englobant les frais qui ne sont pas payés par les régimes provinciaux de soins prolongés. Le montant des contributions equivaudra au montant dont ces frais réduiront leur revenue au-dessous de la limite de revenu mensuel pertinente qui est stipulée dans la Loi sur les allocations aux anciens combattants. Le calcul du revenu non exempté se fera conformément aux dispositions du Règlement sur les allocations aux anciens combattants. La limite de revenu, qui, pour le trimestre commençant le 1er avril 1980, est de $357.05 pour les bénéficiaires célibataires et de $611.26 pour les bénéficiaires mariés, est rajustée tous les trimestres en fonction du mouvement de l'indice des prix à la consommation.

Il y a une exception à ce qui précède dans le cas d'un bénéficiaire d'allocation, d'un quasi-bénéficiaire ou d'une personne admissible selon les états de service qui n'a pas de conjoint ni d'enfants à charge et qui reçoit une contribution à l'égard des frais de soins dans un établissement d'hébergement. En pareil cas, les contributions peuvent être réduites de $170 par mois, au maximum, à compter du premier jour du septième mois qui suit le début des versements, afin de respecter les dispositions de la Loi et du Règlement sur les allocations aux anciens combattants.

AGING VETERAN PROGRAM

DISTRIBUTION OF POPULATION

BY ELIGIBILITY CATEGORIES BY PROVINCE

AS AT DECEMBER 31, 1978

PROVINCE	DISABILITY PENSIONERS	WAR VETERANS ALLOWANCE/ CIVILIAN WAR ALLOWANCE RECIPIENTS	NEAR RECIPIENTS	SERVICE ELIGIBLES	TOTAL
Nwfoundland	1,279	3,631	843	2,599	8,352
Pince Edward sland	1,274	964	230	1,479	3,947
Nva Scotia	6,733	5,302	1,798	11,658	25,491
Nw Brunswick	4,715	3,909	1,170	7,819	17,613
Qebec	12,063	6,537	4,053	9,086	31,739
Otario	35,806	16,534	16,097	20,037	88,474
Mnitoba	8,132	2,959	2,313	3,242	16,646
Sskatchewan	4,551	2,265	1,990	2,583	11,389
Aberta	8,169	3,760	3,091	4,683	19,703
Bitish olumbia	16,911	8,313	7,510	8,703	41,437
TTAL	99,633	54,174	39,095	71,889	264,791

.../34

PROGRAMME POUR L'ANCIEN COMBATTANT QUI VIEILLIT

REPARTITION DE LA POPULATION PAR PROVINCE ET

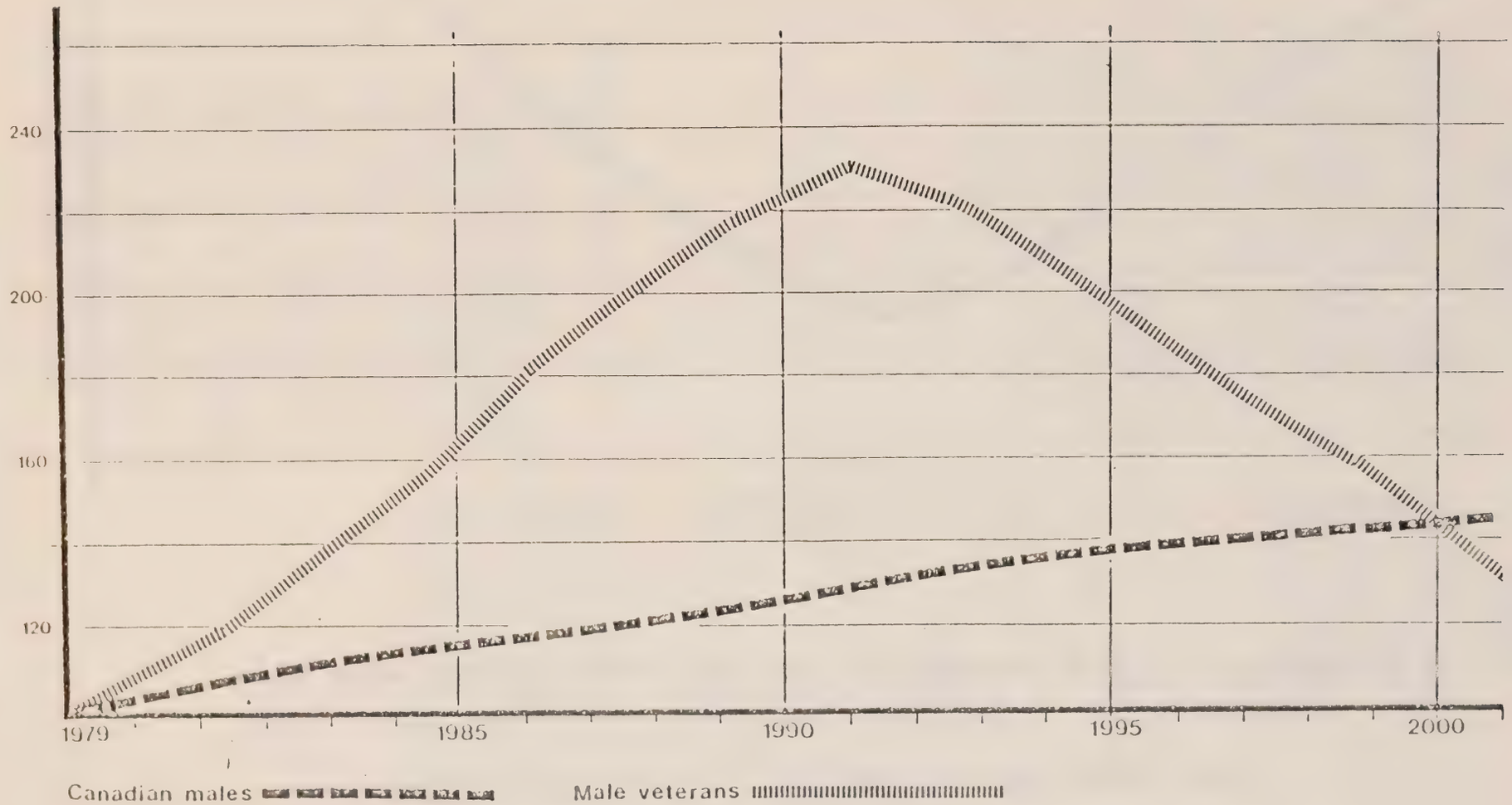
PAR CATEGORIE D'ADMISSIBILITE

AU 31 DECEMBRE 1978

PROVINCE	BENEFICIAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITE	BENEFICIARES D'UNE ALLOCATION D'ANCIEN COMBATTANT/D'UNE ALLOCATION DE GUERRE POUR LES CIVILS	QUASI-BENEFICIAIRES	PERSONNES ADMISSIBLES SELON LES ETATS DE SERVICE	TO
Terre-Neuve	1,279	3,631	843	2,599	8
Ile-du-Prince Edouard	1,274	964	230	1,479	3,
Nouvelle-Ecosse	6,733	5,302	1,798	11,658	25,
Québec	12,063	6,537	4,053	9,086	31,
Ontario	35,806	16,534	16,097	20,037	88,
Manitoba	8,132	2,959	2,313	3,242	16,
Saskatchewan	4,551	2,265	1,990	2,583	11,
Alberta	8,169	3,760	3,091	4,683	19,
Colombie-Britannique	16,911	8,313	7,510	8,703	41,
Nouveau-Brunswick	4,715	3,909	1,170	7,819	17,
TOTAL	99,633	54,174	39,095	71,889	264,

CANADIAN MALE (65 YRS AND OVER) & MALE VETERAN (65 YRS AND OVER) POPULATIONS

1979 - 2001, INDEXED TO 1979 CANADIAN MALE AND MALE VETERAN POPULATIONS (1979=100)

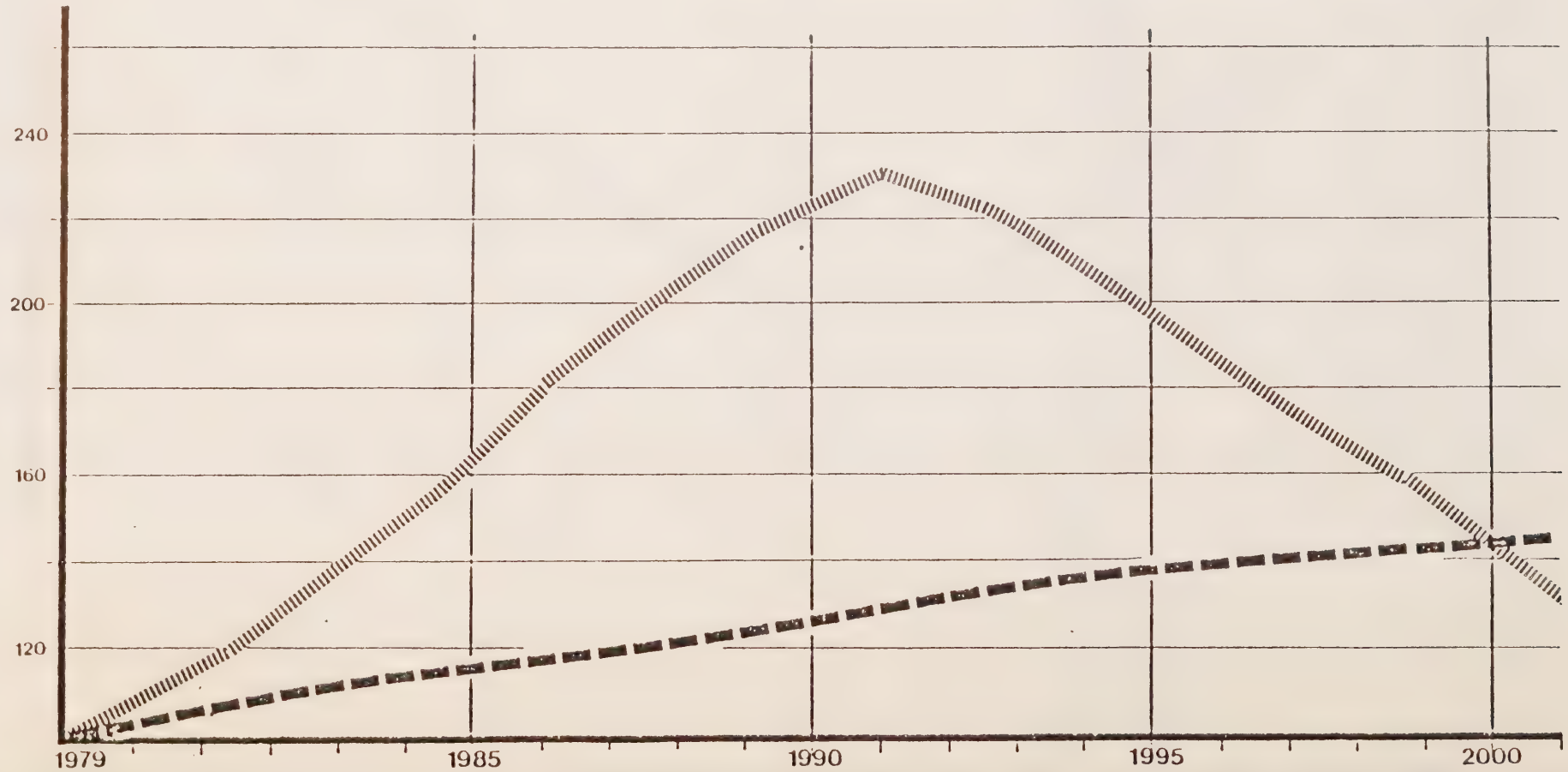


SOURCES:

o Canada Census 1971 - Male Veterans (DVA projections)

POPULATION CANADIENNE DE SEXE MASCULIN (65 ANS ET PLUS) ET POPULATION D'ANCIENS COMBATTANTS DE SEXE MASCULIN (65 ANS ET PLUS)

1979 - 2001, INDEXE A LA POPULATION CANADIENNE DE SEXE MASCULIN ET POPULATION D'ANCIENS COMBATTANTS DE SEXE MASCULIN DE 1979 (1979=100)



SERVICES TO BE OFFERED UNDER THE AGING VETERANS' PROGRAM

PROGRAM ELEMENT	DESCRIPTION	LIMITS
Contributions	Payments will be made directly to the veteran for needed services, unless the veteran is not capable of making payment or the delivery agency requires the Department make payments on behalf of the veteran.	Minimum payments are to compy with War Veterans Allowance/Civilian War Allowance minimum payment practices.
Occupancy of Community Beds	Provincially licensed facilities for personal/ supervisory and nursing care will be available for individuals in their own community.	Out of pocket cost for veteran: B.C. - $6.50; Alberta - $5.50; Sask. - scaled to income; Manitoba - $7.75; Ontario) up to the Quebec) full cost N.B.) of beds to N.S.) a maximum P.E.I.) of $45 Nfld.) per day.
Home Support Services	Will include services provided by: 1) health and other professionals, nurses, dieticians, podiatrists, pharmacists, social workers, occupational and physio-therapists and chaplains; 2) para professionals - practical nurses, nursing orderlies, and nursing assistants; and 3) maintenance workers - homemakers or home helpers, interior and grounds maintenance workers.	Weighted average cost of bed occupancy not borne by provincial extended health care plans (1980/81 - $4,300/year or $358.33 per month).

.../38

SERVICES OFFERTS EN VERTU DU PROGRAMME POUR L'ANCIEN COMBATTANT QUI VIEILLIT

ELEMENT DU PROGRAMME	DESCRIPTION	LIMITES
Contributions	Les paiements seront versés directement à l'ancien combattant à l'égard des services nécessaires, à moins que l'ancien combattant soit incapable de faire le paiement ou que l'organisme de prestation demande au Ministère de faire les paiements pour le compte de l'ancien combattant.	Les paiements mi imums doivent êt faits conformémen aux méthodes employées à cet égard dans le domaine des allo cations aux anci combattants et d allocations de guerre pour les civils.
Disponibilité de lits dans des établissements communautaires	Les malades auront accès à des établissements provinciaux agréés, dans leur propres collectivité, qui dispensent des soins personnels/de surveillance et des soins infirmiers.	Coût direct à l'ancien combatta C.-B. - $6.50; Alberta - $5.50; Sask. - établi er fonction du rever Manitoba - $7.75; Ont. Jusqu'au Qué plein coût N.B. des lits - N.E. $45 par jour I.P.E. T.N.
Services de soutien à domicile	Comprendront les services dispensés par les: 1) professionels de la santé et autres, infirmières, diététiciennes, spécialistes pour les pieds, pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physio-thérapeutes et aumôniers; 2) paraprofessionnels - gardes-malades, aides-infirmiers et infirmières auxiliaires; et 3) préposés à l'entretien - aides-ménagères et préposés à l'entretien d'intérieurs et de terrains.	Le coût moyen pon d'occupation des non payé par les régimes provincia de soins prolongé (1980-1981 - $4 3 par année ou $358 par mois).

.../39

PROGRAM ELEMENT	DESCRIPTION	LIMITS
Functional Aids and Environmental Adaptations	Will enable an individual with identified needs to purchase functional aids (e.g. cane, wheelchair), and aids for activities of daily living (e.g. commodes, eating utensils, etc.).	Maximum of $1,000 for either functional aid or environmental adaptation. Average cost for functional aid - $250, for environmental adaptation - $500.
Transportation	For a social/physical/ mental health-related transportation need where the recipient is not independently mobile and costs cannot otherwise be paid under Veterans' Treatment Regulations or other provincial or local program.	1) Individuals not in receipt of Home Support Services: maximum $50 per month. 2) Individuals in receipt of contributions for Home Support Services: not to exceed $51.19 per month, i.e. 1/7 of the maximum monthly contribution for Home Support Services.
Ambulatory Health Services	Community ambulatory services include programs such as Day Hospitals, Day Care Centres and Day Centres. In all three cases, charges usually levied are for transportation and/or meals. The transportation charges will be covered in the transportation element.	Cost of meals not to exceed $240 per year. Additional costs, if incurred, such as user fees, shall be considered to be part of Home Support Services.

.../40

ELEMENT DU PROGRAMME	DESCRIPTION	LIMITES
Accessoires spéciaux et modifications apportées au milieu	Permettront à une personne dont les besoins ont été déterminés d'acheter des accessoires spéciaux (par ex., canne, fauteuil roulant) et des accessoires à usage quotidien (par ex., chaise d'aisances, ustensiles de cuisine, etc.).	Maximum de $1 00 pour les accesso spéciaux ou les modification apportées au mil. Coût moyen: $25 pour les accesso. spéciaux et $500 pour les modific. apportées au mil.
Déplacements	Pour les besoins de déplacement liés à des facteurs sociaux, physiques ou mentaux lorsque le bénéficiaire ne peut se déplacer de façon indépendante et que les coûts ne peuvent par ailleurs être payés en vertu du Règlement sur le traitement des anciens combattants ou d'un autre programme provincial ou local.	1) Personnes qui reçoivent pas de services de sout à domicile: max de $50 par mois. 2) Personnes qui reçoivent des co tribution mensue maximale pour le services de sout à domicile.
Service de santé ambulatoires	Les services ambulatoires communautaires englobent des programmes tels que les hôpitaux de jour, les centres de soins de jour et les centres de jour. Dans les trois cas, les frais habituellement exigés se rattachent au transport et (ou) aux repas. Les frais de transport seront prévus dans l'élément "transport".	Le coût des repa doit pas dépasse $240 par année. coûts additionne engagés, tels que frais des utilisa seront considérés comme faisant pa des services de soutien à domici

PROGRAM ELEMENT COSTS

(in $ millions)

Alternative i.

	Ascertainment Cost	Intake Cost	Community Bed Take-up Cost	Total
1980/81	.9	4.3	.5	5.7
1981/82	4.2	11.3	3.5	19.0
1982/83	3.9	20.1	7.4	31.4
1983/84	5.5	27.2	12.0	44.7
1984/85	6.3	32.2	14.1	52.6
Total	20.8	95.1	37.5	153.4

Alternative ii.

	Ascertainment Cost	Intake Cost	Community Bed Take-up Cost	Total
1980/81	-	-	-	-
1981/82	.9	2.2	1.7	4.8
1982/83	1.8	5.4	5.1	12.3
1983/84	1.9	9.9	6.8	18.6
1984/85	1.7	12.8	4.6	19.1
Total	6.3	30.3	18.2	54.8

Alternative iii.

	Community Bed	Home Support	Home Modifications	Ambulatory Health Services	Total
1980/81	-	-	-	-	-
1981/82	0.9	0.8	0.03	0.2	1.9
1982/83	2.3	2.0	0.07	0.4	4.8
1983/84	3.4	3.0	0.1	0.5	7.0
1984/85	3.6	3.1	0.1	0.5	7.3
Total	10.2	8.9	0.3	1.6	21.0

Forecast caseload and Provincial/functional distribution of liabilities for Alternative iii. is displayed at Annex "I". Alternative iii. is expected to provide contribution benefits to 3,000 - 3,500 pensioners in the forecast period.

.../42

COUT DES ELEMENTS DU PROGRAMME

(en millions de dollars)

Solution (i)

	Coût de la constatation	Coût d'accès	Coût de la prise en charge lits communautaires	Total
1980/81	.9	4.3	.5	5.7
1981/82	4.2	11.3	3.5	19.0
1982/83	3.9	20.1	7.4	31.4
1983/84	5.5	27.2	12.0	44.7
1984/85	6.3	32.2	14.1	52.6
Total	20.8	95.1	37.5	153.4

Solution (ii)

	Coût de la constatation	Coût d'accès	Coût de la prise en charge lits communautaires	Total
1980/81	-	-	-	-
1981/82	.9	2.2	1.7	4.8
1982/83	1.8	5.4	5.1	12.3
1983/84	1.9	9.9	6.8	18.6
1984/85	1.7	12.8	4.6	19.1
Total	6.3	30.3	18.2	54.8

Solution (iii)

	Lit en établ. communautaire	Soutien à domicile	Modifications apportées au domicile	Services de santé ambulatoires	Total
1980/81	-	-	-	-	-
1981/82	0.9	0.8	0.03	0.2	1.9
1982/83	2.3	2.0	0.07	0.4	4.8
1983/84	3.4	3.0	0.1	0.5	7.0
1984/85	3.6	3.1	0.1	0.5	7.3
Total	10.2	8.9	0.3	1.6	21.0

La solution (iii) à l'annexe "I" renferme les prévisions du nombre de cas et de la répartition provinciale/fonctionnelle des engagements. En vertu de la solution (iii), de 3 000 à 3 500 pensionnés recevraient des contributions au cours de la période prévue.

.../43

Community Bed Take-up Cost refers to the charge to qualified veterans now in community personal/supervisory and nursing care beds. The Department will pay the charge for which the individual is now responsible. For the forecast period it is estimated that the caseload will total 2,800 under Alternative i. and 1,300 under Alternative ii.

Ascertainment Cost refers to the cost of benefits provided to high risk persons whom the Department will actively seek to indentify and whose needs will then be ascertained. Under Alternative i. five potentially high risk groups have been delineated with an expected caseload of 6,800 over the forecast period and under Alternative i., one such group totalling 650.

Intake Cost refers to the cost related to those veterans who will seek assistance from the Department on their own initiative or on the initiative of someone else in the community exclusive of those in the above two categories. For the forecast period it is estimated that the caseload will total 17,000 under Alternative i. and 6,000 under Alternative ii.

Coût de la prise en charge - lits communautaires: désigne les frais imposés aux anciens combattants admissibles qui reçoivent actuellement des soins personnels/de surveillance ou des soins infirmiers dans des établissements communautaires. Le Ministère paiera les frais qui incombent présentement à ces anciens combattants. Durant la période prévue, le nombre de cas traités en vertu de la solution (i) et de la solution (ii) est estimé à 2 800 et à 1 300 respectivement.

Coût de la constatation: désigne le coût des prestations versées aux personnes à risques élevés, que le Ministère s'emploiera activement à relever et dont les besoins seront ensuite constatés. Dans le cadre de la solution (i), on a relevé cinq groupes qui peuvent être exposés à risques élevés; le nombre de cas durant la période prévue est estimé à 6 800. Quant à la solution (ii), on a relevé un seul groupe de ce genre, qui se composerait de 650 cas.

Coût d'accès; désigne le coût associé aux anciens combattants qui demanderont de l'aide du Ministère de leur propre initiative ou par l'intermédiaire de quelqu'un d'autre dans la collectivité, sauf ceux qui sont compris dans les deux catégories ci-dessus. Durant la période prévue, le nombre de cas estimé à 17 000 et à 6 000 respectivement.

ALTERNATIVE III

CASELOAD AND COSTS BY PROVINCE

For Period 1980/81 to 1984/85 ($ millions)

	CASELOAD	COMMUNITY BEDS	HOME SUPPORT SERVICES	HOME MODIFICATIONS	AMBULATORY HEALTH-SERVICES
LD.	38	0.37	0.10	)	0.02
E.I.	19	0.18	0.05	)	0.01
B.	100	0.98	0.28	) 0.03	0.05
S.	147	1.48	0.40	)	0.07
E.	464	1.31	1.27	)	0.23
T.	1,379	3.89	3.75	)	0.67
N.	176	0.38	0.48	)	0.09
SK.	141	0.26	0.38	) 0.27	0.07
TA.	263	0.42	0.71	)	0.12
C.	527	0.96	1.43	)	0.26
	3,255	10.2	8.9	0.3	1.6

SOLUTION III

NOMBRE DE CAS ET COUTS PAR PROVINCE

Pour la période allant de 1980-1981 à 1984-1985 (en millions de dollars

	NOMBRE DE CAS	LITS EN ETABL. COMMUNAUTAIRES	SERVICES DE SOUTIEN A DOMICILE	MODIFICATIONS APPORTEES AU DOMICILE	SERVICES DE SANTE AMBULATOIR
T.-N.	38	0.37	0.10	)	0.02
I.-P.-E.	19	0.18	0.05	)	0.01
N.-B.	100	0.98	0.28	) 0.03	0.05
N.-E.	147	1.48	0.40	)	0.07
QUE.	464	1.31	1.27	)	0.23
ONT.	1,379	3.89	3.75	)	0.67
MAN.	176	0.38	0.48	)	0.09
SASK.	141	0.26	0.38	) 0.27	0.07
ALB.	263	0.42	0.71	)	0.12
C.-B.	527	0.96	1.43	)	0.26
	3,255	10.2	8.9	0.3	1.6